

**ARNAS OSPEDALE CIVICO PALERMO
II RIANIMAZIONE**

M.Francesca Sapuppo D.Bongiorno

LE INFEZIONI E L'USO DEGLI ANTIBIOTICI. UNA PROSPETTIVA EPISTEMOLOGICA

***NON SEMPRE IL CONTRARIO DELLA VERITA' E' IL FALSO,
PUO' ESSERE UN'ALTRA VERITA' (N. Bohr 1885-1962)***

Tempo fa rivedendo le **terapie antimicrobiche** prescritte nel nostro reparto ho notato che spesso non vi era sottesa **nessuna diagnosi probabile di infezione o alcuna necessità di profilassi** e, soprattutto, la durata della somministrazione era sempre incerta.

Confrontandomi con la Letteratura ho riscontrato che questo è un evento comune (Sintchenko 2001, DL Paterson 2003, ...) pur essendo la terapia antimicrobica il campo medico in cui esistono più linee-guida, raccomandazioni e protocolli.

Perché? Perché per gli antibiotici e gli antifungini noi trasgrediamo continuamente al contratto terapeutico con i pazienti? Contratto che ci imporrebbe molta attenzione e cautela d'uso stante le ricadute che si hanno, praticando eccessiva terapia antimicrobica, non solo sul singolo paziente ma sugli altri ed addirittura sulla popolazione.

Ho iniziato così uno studio, di tipo osservazionale, durato quasi due anni, alla ricerca di una spiegazione, che andasse al di là della semplice spiegazione legata alla disinformazione dei Medici prescriventi. Insieme al collega Psichiatra (il Dr Bongiorno), che collabora con il nostro Reparto dal 1997, abbiamo deciso di iniziare ad **affrontare il problema da un punto di vista epistemologico**, approfondendo quindi quella componente del pensiero diagnostico e terapeutico (metadiagnosi/metaterapia) che sta normalmente alla base della prescrizione farmacologia in generale e degli antimicrobici in particolare.

Lo studio è stato svolto su due versanti, uno come ricerca bibliografica e l'altro mirato all'osservazione sul campo dei Medici operanti nella nostra Terapia Intensiva polivalente, utilizzando spesso come momento privilegiato di osservazione il momento delle consegne, che è un luogo di scambio non solo di informazioni cliniche ma anche di emozioni (come abbiamo appurato in un'altra precedente ricerca). Ringrazio quindi i miei Colleghi che, come sempre, hanno messo a disposizione parti di sé e dei propri pensieri, anche se questa volta lo hanno fatto in modo involontario.

La prima domanda che ci siamo posti è: **da cosa dovrebbe essere normalmente guidata la scelta dell'uso del farmaco?**

Normalmente il Medico per prescrivere una terapia esprime un **giudizio clinico** che gli dà una giustificazione (anche morale) ad usarla (B.Peirce 1809-1880). Il giudizio viene espresso in base a dei criteri che scaturiscono **dai sintomi e dai dati oggettivi (fatti) o oggettivabili dal malato** e che successivamente vengono riferiti e confrontati **con la classificazione tipologica delle malattie**, che è quella classificazione teorica di riferimento che costituisce il nostro bagaglio culturale universitario. Il riferimento nella nostra mente viene fatto secondo un **rapporto di tipo inferenziale**, per cui se ci sono i sintomi 'a' allora la diagnosi sarà 'b', e quindi poi, a partire da una deduzione attuata attraverso proposizioni inferite, la terapia sarà 'c'.

Questo processo ci consente di fare diagnosi e terapia, ad esempio di polmonite, al letto di un malato fin dal primo momento in cui diventiamo medici (Ippocrate V a.c., Bernabè 1998), ma questo stesso processo ci spiega anche perché a parità di dati due Medici possono arrivare a conclusioni diverse (le loro inferenze/interpretazioni degli elementi osservati sono differenti). Ma la cosa ancora più importante ed interessante da notare, poi, è che nonostante i rapporti sottesi siano di tipo inferenziale, quindi non di equivalenza o certezza ma suppositivi/interpretativi, il Medico per potere fare una scelta ed agire deve renderli nella sua mente certi o molto probabili, altrimenti rischia “la paralisi” (I.Cavicchi 2000).

Noi, poi, oltre a questo riferimento tecnico/scientifico del “tipo”, che appunto costituisce il nostro bagaglio di studi, nella nostra vita professionale ci arricchiamo continuamente attraverso quella peculiare capacità esperenziale, che è alla base dell’**”ars adnotandi”** (J.Wallis 1682). Noi ampliamo continuamente, attraverso l’osservazione dei casi clinici con cui veniamo a contatto, il nostro bagaglio teorico di riferimento. Infatti, la malattia espressa sul libro è molto diversa dalla malattia esperita attraverso la unicità di un malato, che riverbera su di noi non solo sintomi e segni evidenti e classificabili ma segni che non raggiungono neanche la nostra consapevolezza. Pensate a come cambia l’espressione del volto, il colorito, il pianto, il tono del corpo etc. quando il paziente contrae un’infezione, segni che noi percepiamo ma che spesso non annotiamo razionalmente.

Quindi a tutto il bagaglio di conoscenze scientifiche razionali ed esplicitabili, si aggiunge un bagaglio di conoscenze in forme non sempre esplicite e consapevoli, apparentemente non scientifiche perché dipendenti dalla sensibilità e dalla attenzione del singolo Medico, non verificabili da strumentazione. Questa parte di conoscenza può essere solo narrata e trasmessa in modo esperenziale, perché è esprimibile con difficoltà ed una parte non è esprimibile in quanto sfuggente, non persistente e/o inconsapevole, e perché ancora non si trova o non si è formata una terminologia cosiddetta scientifica (**Medicina basata sulla narrazione** Sapuppo-Bongiorno-Fobert 2001). Pensate a quante volte davanti ad un malato con tutti parametri vitali nella norma avete detto: “non so...ma questo malato non mi piace“, ne percepite la gravità senza poterla esprimere in base ad una terminologia scientifica. Termini come vitalità, voglia di vivere non hanno dei corrispondenti matematici né possono essere misurati, pur tuttavia essi trovano posto nel giudizio clinico per lo meno al pari di tanti altri parametri vitali determinabili quantitativamente.

A questa forma di conoscenza il Medico epistemologo Polanyi (1958) ha dato il nome di **”conoscenza tacita”** ed è proprio questo genere di conoscenza quella che ci permette di fare rapidamente delle stime con buona approssimazione, di intuire, perché “il pensiero inconscio opera con velocità e correttezza su tanti dati, mentre il pensiero cosciente lavora con disagio quando ha molti dati”(Bozzi 1978), perché “la mente umana è l'unico agente capace di registrare in una sola volta innumerevoli variabili e di rilevare le correlazioni tra di loro. Essa è il solo strumento capace di comprensione” (Allport 1937). (*O. Wilde 1854-1900: solo i superficiali non giudicano dalle apparenze*)

Quindi questa continua annotazione, consapevole e inconsapevole, di “casi” ci consente in aggiunta al nostro bagaglio teorico di fare correlazioni razionali ed esplicitabili secondo “i criteri canonici” (C. Galeno 129-200) e secondo il criterio della deducibilità (regola del determinismo assoluto di C.Bernard 1813-78), oppure correlazioni inconsce, non esplicitabili di tipo intuitivo (Wittgestein 1976, Bozzi 1978, Easen 1997, Brokensha 2002) (*A. Einstein: l'intuito è un dono sacro, la ragione un suo umile servo*)

Tutto questo processo, qui molto sintetizzato, è alla base di una importante attività della medicina: **l’illazione**. Questa è quel metodo valutativo che il Medico mette in atto, attraverso **una costruzione immaginativa della malattia stessa**, per confermare la sua diagnosi e terapia (quante volte infatti pensiamo o diciamo, “supponendo”, avrà “questo tipo di infezione”....e su “questa” diagnosi istituiamo la terapia) (I. Cavicchi 2000). Ed ancora è con questa capacità immaginativa, confrontata con la Letteratura, che riusciamo a valutare anche le alternative terapeutiche e le loro conseguenze,

ad esempio valutiamo il possibile impatto che un'antibioticoterapia può avere su organi compromessi ed applichiamo alternative terapeutiche (logica del teorema di Bayes 1702-62).

Ed è proprio su questa nostra capacità di immaginazione che mi vorrei soffermare.

Di fronte ad un paziente critico gli scenari che si presentano nella mente del Rianimatore sono in parte legati a ciò che è evidente (dati obiettivi) ed in parte a ciò che viene **immaginato come scenario possibile**, ed in questo “possibile” **le emozioni che si agitano hanno un ruolo determinante sull'attività decisionale** (A. Damasio 1995, 2000, 2003). Emozioni che pur volendole reprimere esistono.

Per quanto riguarda specificatamente le infezioni le nostre emozioni, riferibili principalmente alla **paura**, hanno radici diverse: corporee sul ricordo corporeo del malessere procurato dalle malattie esantematiche infantili o di episodi infettivi, culturali sul ricordo impresso in noi dagli studi: “la morte per mal sottile, per mal francese.., la peste e le epidemie”, sociali sul ricordo dell'evitamento di coloro che possono essere infetti, e soprattutto vissute nella professione sul ricordo impresso nei nostri occhi dalla morte dei nostri pazienti per shock settico: gonfi, irriconoscibili nelle loro fattezze, con nel volto i segni di una indicibile sofferenza.

E se da un canto sono proprio queste emozioni inconsapevoli che ci spingono a porre più attenzione verso la terapia antimicrobica, il “non si sa mai...può avere questo o può prendersi questo” può trascinarci ad applicare una protezione antinfettiva del paziente critico oltre un ordine razionale degli eventi. E a volte quanto più il Rianimatore è in ansia rispetto a ciò che può accadere quanto più pesante sarà la sua reazione terapeutica (Civetta 1993).

Ansia non manifesta e neanche apparentemente avvertita, dipendente dall'eccessivo senso di responsabilità verso l'altro legata “alla presa in carico”, dovuta a quel legame intenso che si gioca nei primi momenti della relazione medico/paziente, relazione di estrema dipendenza, in cui “inquadrriamo” il malato e lo “ancoriamo” ad una diagnosi ed ad una terapia provvisoria, di cui successivamente non facciamo altro che continuare a cercare conferma, ma di cui anche immaginiamo il possibile futuro. E' un legame tanto emotivamente coinvolgente, che noi cerchiamo di trasferirlo anche ai Colleghi successivi al momento delle consegne.

Il Rianimatore ha un rapporto terapeutico rispetto alla malattia quasi di tipo fisiopatologico (ho la pressione alta somministro l'antipertensivo, ho la pressione bassa agisco con l'espansione volemica o l'inotropo secondo i casi). Spesso questo rapporto è più agito che pensato perché l'intensivista, o per necessità lavorando sulla criticità o per sua forma mentis, è abituato a richiedere ai farmaci una risposta tempestiva, visibile quasi immediatamente; in ogni caso è un rapporto diretto intensivista/paziente attraversato da un farmaco.

Nel caso delle infezioni, dove il rapporto è intensivista/paziente/germe, germe che può esprimere o non esprimere la sua patogenicità od esprimerla sotto forme diverse da lievi a mortali, il margine di interpretazione è ancora maggiore. Questo amplia gli elementi di incertezza e l'ansia rispetto alla situazione critica.

Il disagio diagnostico in TI riguardo alle infezioni è ancora maggiore in confronto alle altre patologie, in quanto a volte per avere conferme bisogna attendere anche dei giorni e queste conferme possono anche non arrivare mai, ad esempio pensate a come è sfuggente tutta la diagnostica dei funghi, (Bernabè, Benincasi, Danti 1998). In più la terapia antimicrobica necessita di un tempo di latenza per funzionare e come sappiamo questo ci rende ancora più ansiosi rispetto ai risultati. Chi di noi non ha provato la sensazione di cercare dei risultati dopo neanche 24 ore dall'inizio di una terapia antimicrobica?

Ed ancora quanto è **diversa la TI dal mondo reale**! Qui, nel mondo reale, vi sono per lo più pazienti che dichiarano i loro sintomi, lì, in TI, noi spesso lavoriamo nel silenzio di malati in coma o troppo critici. Pensate a quante volte “fuori” dalla TI avete fatto molto rapidamente diagnosi e terapia di cistite con la sola presenza dei sintomi soggettivi di disuria, stranguria, pollachiuria, ed invece quanto è molto più difficile farla altrettanto rapidamente in TI in assenza di sintomi soggettivi riferiti dal paziente e quindi doverla solo supporla in presenza del catetere e doverne cercare conferma con le indagini di laboratorio.

Questo nostro modo di esprimerci, per la presenza della criticità, prevalentemente solo attraverso la terapia, ci spinge soprattutto a cercare soluzioni semplici: scrivere ancora e divulgare linee guida di profilassi e terapia. Io credo, però, che nonostante questo enorme mole di sforzi scientifici nella produzione di **protocolli il vero fattore limitante al loro buon uso sia sempre l’Uomo**, noi con i nostri dubbi e le nostre incertezze, con le nostre paure.

Forse, sarebbe il momento di fare da uomini di Scienza uno **sforzo maggiore per lavorare sul “quel pensiero che viene prima dell’atto terapeutico”**, per lavorare sullo strumento che utilizza i protocolli, il Medico e sulla sua équipe. Forse, bisognerebbe cercare di non alienare le emozioni dai nostri processi di cura, bisognerebbe al contrario riconoscerle e studiarle per valutarne l’influenza e consentirci così di tollerare il dubbio insito in ogni processo decisionale, per evitare che le emozioni possano diventare un ostacolo ad una giusta azione terapeutica.

Questa è la sfida futura della nostra stessa Scienza medica: **mantenere un assetto scientifico che possa comprendere al suo interno “l’Uomo” medico.**